

平成29年度東京都地域医療構想調整会議
在宅療養ワーキング（区中央部）

日 時：平成29年12月13日（水曜日）19時00分～20時18分

場 所：東京都医師会 2階講堂

○久村地域医療担当課長 恐れ入ります。まだお見えでない先生もいらっしゃいますが、定刻でございますので、ただいまより区中央部の「東京都地域医療構想調整会議・在宅療養ワーキング」を開催とさせていただきます。

本日は、お忙しい中、ご参加いただきまして、まことにありがとうございます。

私、東京都福祉保健局、地域医療担当課長の久村が議事に入りますまでの間、進行のほうを務めさせていただきますのでよろしくお願いいたします。それでは、着座にてご説明させていただきます。

本日の配付資料でございますが、会議次第の下段に配付資料として記載のとおりでございます。万が一、落丁等ございましたら、恐れ入りますが、議事の都度、事務局までお申し出ください。また、後ほど質疑、意見交換のお時間がございますが、ご発言の際には事務局よりマイクを受け取っていただき、ご所属とお名前からお願いできればと思います。

それでは、まず、東京都医師会、それから東京都より開会に当たりまして、ご挨拶を申し上げます。まず、東京都医師会理事、西田先生、お願いいたします。

○西田理事 皆さん、こんばんは。寒いところお集まりいただきましてありがとうございます。

昨年の8月に地域医療構想がまとめられて、二次医療圏ごとの病床機能、あるいはこれからの必要量、その中で、在宅医療の必要量ということも算出されてきたわけですが、それを受けまして、これから在宅療養、受け皿をどうしていくのかということを検討していかなくてはいけないところに入っております。

本日、後ほど、都のほうから説明がございしますが、国から各市区町村ごとの在宅医療の訪問診療の必要量というのは、試算されて出てきておりますので、そういったことを踏まえまして、皆さんの忌憚ないご意見をいただければと思います。

それで、時間が、大変少のうございますので、なかなか結論を出すというところまではいかないと思うんですけども、ぜひ、いろいろ課題を出していただいて、それを二次医療圏内で共有していただいて、できますれば各区ごとの在宅療養推進会議に持ち帰っていただいて、そこでもうちょっと具体的なところを練っていただければと思います。

本日は、よろしくお願いいたします。

○久村地域医療担当課長 西田理事、ありがとうございます。

続きまして、東京都より、医療政策担当部長、矢澤がご挨拶申し上げます。

○矢澤医療政策担当部長 皆様、こんばんは。福祉保健局の矢澤でございます。きょうはお寒い中、お集まりいただきましてありがとうございます。

私ども、地域医療構想策定いたしまして、この間、二次医療圏で調整会議を開催させていただいて2年目に突入いたしました。先生方のご協力、また区市町村の皆様のご協力を大変感謝しております。

その際に、入院するということで、入院後の在宅、おうちへ帰るときの連携がすごく大変なんだという病院側のご意見と、それから在宅医療を担っている先生方にとっては、その在宅医療中のバックアップの機能を医療機関、病院に求めたいのだけれども、

そこがなかなか難しいといったような、双方からつなぎのところが課題だというご意見を多数いただきました。このため、このワーキングを設置いたしまして、病院の代表、それから在宅療養に関する医療、介護の関係者の皆様、それから区市町村の皆様に、まずはご意見をいただいて、どういうことが課題かというところをきょうは整理ができればゴールかなと思っております。ぜひ活発なご意見をお願いいたします。きょうはどうぞよろしくお願いいたします。

- 久村地域医療担当課長 続きまして、座長の先生をご紹介させていただきます。本ワーキングの座長には、神田医師会理事の加賀先生をお願いしております。加賀先生一言お願いします。
- 加賀座長 皆様、こんばんは。神田医師会の加賀と申します。介護保険を担当して、かなりたちました。きょうは、隣にいる西田先生がちょっと前に座長をやれということで、どういうふうになるかわかりませんが、皆様のご協力のもと、この会を進めさせていただきますので、どうぞよろしくお願いいたします。
- 久村地域医療担当課長 加賀先生、ありがとうございます。それでは、以降の進行を加賀先生をお願いいたします。
- 加賀座長 それでは、早速、議事に移りたいと思います。早速、議事に入りたいと思いますので、既に皆様ご存じと思いますが、この在宅ワーキング、療養ワーキングというのは、東京都の地域医療構想・調整会議において、議論を進めていく中で、在宅療養に関する意見も多く出されたと聞いております。そうしたことを踏まえまして、今回新たに多くの関係者にお集まりいただきまして、地域の在宅療養に関する現状、課題について皆さんと一緒に共有し、意見交換を実施する場として設定されております。有意義な意見交換ができればと考えておりますので、皆様活発なご意見を交換、私からもお願いいたしますので、どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、東京都のほうより、議事について説明をお願いいたします。

- 事務局 東京都、福祉保健局、藤田と申します。どうぞよろしくお願いいたします。
早速ですけれども、資料のほうをごらんいただいて、1枚目が次第になっております、2枚目、名簿で、3枚目に設置要項をつけておりますが、おめくりいただきまして、資料2を、ページと言いますと2ページですが、そちらをごらんください。こちらの東京都地域医療構想の概要となっております。時間の都合上簡単にご説明をさせていただきます。

地域医療構想は、5章立てになっておりまして、2ページ左側、第1章では、東京都地域医療構想とは何かを記載しております。医療、介護福祉等にかかわる全ての人が協力し、将来にわたり東京都の医療提供体制を維持、発展させ、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京を実現するための方針を記載してございます。

医療法では、次の2点を記載することとなっております。一つ目は、構想区域ごとの2025年の病床数の必要量と在宅医療等の必要量、2点目が地域医療構想の達成に向けた病床の機能分化、連携の推進に関する事項となっております。なお、地域医療構想、医療計画の一部分でございまして、現在改定作業を進めております、次期保健医療計画と一体化いたします。将来の病床等の必要量につきましては、2ページ右側ですけれども、第2章に東京都全体として記載をしております。

おめくりいただきまして、3ページをごらんください。

こちら、3ページ左側の第3章では、構想区域、二次医療圏ごとの状況を記載しております。なお、こちらのワーキングは、こちらの調整会議と記載がありますが、こちらの部会といった位置づけとなっております。

右側第4章では、東京の将来の医療をグランドデザインとして、誰もが質の高い医療を受けられ、安心して暮らせる東京をグランドデザインとして掲げ、その実現に向け、四つの基本目標、そして基本目標の達成に向けた課題取り組みの方向性を記載しております。

第5章では、果たすべき役割と、東京都保健医療計画の取り組み状況におきまして、行政、医療提供施設、保険者、都民、それぞれの役割等について記載をしております。

おめくりいただき、4ページなんですけれども、こちらが在宅医療等の推計に当たって国から示された患者数の推計の考え方の資料をおつけしております。後ほどごらんいただければと思います。

おめくりいただき、5ページなんですけれども、こちらの先ほど、資料2ページのところで、第2章のところで、東京の現状と、2025年の姿のところで、将来推計の関係を東京都全体の病床数、在宅医療等の必要量について記載をしておったところの一部抜粋となっております。2025年の在宅医療等の必要量の推計ですが、19万7,277人、先ほど4ページおつけしておりました、国側の地域医療構想において、療養病床の見直し分、それから一般病床の医療資源投入量が低い患者さん等を在宅医療等で対応することとしておりますので、それらを含めた数字がこの19万7,000人という数字になっております。なお、2013年の訪問診療9万6,712人とありますが、こちらの実績を引き延ばした数字が横にいきまして14万3,429人となって、2013年の約1.5倍の必要量の増加となっております。ただし、この必要量は、あくまで推計値でありまして、患者さんの受療動向ですとか、病床稼働率、医療技術の進歩等によって影響を受けるものであります。また、病床の整備については、これまでどおり基準病床数制度によってきめ細かく実施してまいります。

恐れ入ります、おめくりいただきまして、資料3のほうをごらんください。

こちら調整会議・在宅療養ワーキングについてですけれども、1枚目には、こちらのワーキングのもととなっております調整会議についての設置の考え方等を記載しております。

おめくりいただきまして、7ページなんですけれども、目的、構成等については、こちらに記載のとおりですが、今年度平成29年度の主な意見交換の内容としましては、4にございます、在宅療養に関する地域の現状・課題の共有であったり、地域と病院の連携などについて後ほど意見交換をお願いしたいと考えております。また、本日ご議論いただいた内容につきましては、後日開催いたします調整会議のほうへも報告する予定となっております。本ワーキング今回こちらの構想区域では、初めての開催となりますけれども、次ページ以降の8ページ、それから9ページに平成28年度と29年度の地域医療構想調整会議の開催結果につきまして、まとめた資料をおつけしておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

続きまして、10ページ、資料4、こちらをお開き願います。

こちらの本ワーキングの前に開催をいたしました協議の場との関係について、簡単にご説明をさせていただきます。ここでいう協議の場とは、医療計画に掲げます在宅医療の必要量と、それから介護保険事業計画に掲げる介護料の見込みの整合性を図ることを目的に設置するものでございまして、具体的には、療養病床の見直し分、これは、追加的事業と呼んでおりますけれども、この追加的事業をどのように対応するかというところを協議する場となっております。

こちら資料4、協議の場で使用しました資料をおつけしておりますが、資料4の1枚目は、協議の場の概要を記載しておりますので後ほどごらんいただければと思います。

2枚目のほう、11ページをごらんください。先ほどの資料でも少しふれておりますけれども、こちら地域医療構想の策定に当たって、慢性期機能と在宅医療等の患者数の推計の考え方をお示ししております。中ほどの帯の図のところをごらんいただきますと、現状のところ②療養病床の入院患者数とございますけれども、そのうちの医療区分1の70%、それから地域差解消分、太枠で囲ってあるところですが、こちらを療養病床の需要ではなく、在宅医療等で対応するとの考え方でございまして、介護施設、在宅で対応する追加事業となっております。下段に、数字をお示ししておりますが、東京都全体では、下のところに1万4,336人と推計をしております。なお、先ほどの帯の図のところにあります、③一般病床でC3基準未満の患者数、こちらにつきましては、一般病床の需要ではなく、外来で対応することとなっております。

この追加的需要につきまして、どのように対応するかですが、1枚おめくりいただきまして、12ページ下段の中ほどのところに、療養病床、それから医療区分1の70%+地域差解消とありますが、こちらを具体的に、④の介護医療院、⑤の介護施設、それから⑥の在宅医療のところに対応するのか、介護保険事業計画では、④介護医療院、⑤の介護施設分を計上し、医療計画のほうでは、在宅医療、ここでいう在宅医療とは、資料右下のところ※に記載しておりますけれども、家庭への退院を指してございまして、訪問診療と外来を想定をしております。このため、在宅医療のうち、訪問診療分を記載するわけですが、ここでもれないように、また、重複しないように整合性を図るのが、協議の場となっております。協議の場では、国から示されました按分方法等をもとに、④から⑥を按分しております。本日は、こちら在宅療養のワーキングでございまして、⑥在宅医療のうち、訪問診療の部分を見てまいりたいと思います。

13ページをごらんください。

こちら、2013年、2025年と真ん中のところがございますけれども、2013年の訪問診療を受けている患者が、左側の中段より少し下のところにありますけれども、9万6,712人、こちらを2025年に引き伸ばした、横にいった数字が14万3,429人と見込んでおります。同様に、老健施設入所者数は、2013年が2万600人、こちらが3万2,504人、療養病床入院患者のうち医療区分1の7割、地域差解消分が9,100人から、14,336人、一般病床で医療資源投入量が175点未満の患者が4,400人から7,008人と推定しております。このうち、一般病床で175点未満の患者さんについては、外来で対応することとなりまして、老健施設、訪問診療は、それぞれの対応となっております。

そして、療養病床からの移行分網掛けのところですが、1万4,336人、こちらを介護医療院、介護施設、在宅医療に按分する基本的な考え方でございまして、資料の①のところ、下のほうに簡単な計算式を入れておりますけれども、例えば、介護医療院につきましては、現在の介護療養病床が全て介護医療院に転換することを前提にしております。この介護医療院への転換分で4,922人を見込んでございます。残りの約9,500人を介護施設と在宅医療で、按分することになりますけれども、按分方法につきましては、介護施設との関係でございまして、まず、65歳以上の患者さんを約8,500人でございまして、こちらを平成28年の病床機能報告の結果を活用して按分いたします。具体的には、病床機能報告では、都内の療養病床から該当する患者さんの該当先について、介護施設を利用する患者さんと、ご家庭へ退院する患者さんの比率が1:2.5となっておりますので、この按分比率により、積算いたしますと、介護施設が2,416人、家庭への退院が6,043人となっております。なお、ここでは、64歳以下955人については、家庭への退院として整理をしております。

で、ご家庭への退院が6,043人と955人を足し合わせた約7,000人となっております。この約7,000人が家庭への退院ということで、訪問診療の必要量の試算ですけれども、②のところをごらんいただきますと、こちらは患者調査の結果を見ますと、ご家庭へ退院された患者さんのうち、約7%の患者さんが訪問診療を受けているという結果に基づきまして、約7%をこちらの7,000人にかけた数字が、こちらの495人というところになってございます。残りの約6,500人は外来の対応で、495人の部分について、訪問診療の必要量というような形で推計をしております。こうしたことから、在宅医療のうち、訪問診療の2025年の必要量は、現行の訪問診療を引き延ばした、こちらの資料でいうところの、(A)と書いてございます14万3,429人、そちらに療養病床からの意向分の495人を足し合わせた14万3,924人と推計しております。

なお、次の14ページに区市町村別の訪問診療の必要量をお示ししておりますので、こちらについては、引き続き保健医療計画の改定作業中でございますけれども、そちらでも整理をしてみますが、各市町村や、関係団体さん等におかれましては、地域における取り組みの際にご参考にしていただければと思っております。

なお、次の15ページには、介護保険事業計画に反映いたします、介護医療院、介護施設等の追加的需要の必要量につきまして、こちらの区の状況を記載しておりますので、後ほどごらんいただければと思います。

引き続き、資料5のほうをご説明させていただきます。

- 事務局 引き続きまして、資料5以降の意見交換に関する資料の説明をさせていただきます、東京都福祉保健局医療政策部の菱沼と申します。どうぞよろしくお願いいたします。

資料5、16ページをごらんください。

資料5でございますが、地域医療構想調整会議では、27年の病床機能報告のデータや、昨年度末に実施しました地域医療に関するアンケートをもとに、議論をしていただきました。その際の資料でございます。この中から、在宅療養に関連する内容を中心に見ていきたいと思っております。

まず、今、見ていただいております16ページをごらんください。

こちらが、27年病床機能報告のデータをもとに構想区域の状況を整理した資料になります。区中央部では、急性期の欄をごらんいただきまして、三つ目のポチ、中小規模の病院の割合が6割で、退院調整部門をおいている病院の割合が低い。また、四つ目のポチ、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合が1割を超えている、との特徴がございます。

また、右のほう慢性期機能の欄をごらんください。それも同様に、二つ目のポチ、200床未満の中小規模病院のみで、退院調整部門をおいている病院の割合が低い。こちら25%。その下のポチ、退院後に在宅医療を必要とする患者の割合も高い。31.8%といった特性が見られます。下のほうを見ていただきまして、太い矢印のところでございますが、全体としましては、退院調整部門をもつ病院の割合が急性期以降の3機能において低い。また、慢性期機能から退院した患者の在宅医療を必要とする患者割合は、他機能より高い、といった特徴が見られます。

1枚おめくりいただきまして、資料5、17ページをごらんください。

こちらが地域医療に関するアンケートから、地域の現状を整理したものとなります。下のほうの四角囲みをごらんください。

病院側からは、在宅療養支援診療所など、在宅のサポート体制が脆弱。看取りや終末

期において、患者・家族と話してほしい、在宅医が看取りに消極的、最後に救急要請されてくるといったご意見や、在宅医、訪問看護ステーションと連携を取り、患者を帰していくが、すぐ再入院してしまう。訪問診療可能な施設もふえ、医療処置が多い患者も自宅退院できている。小児の患者を対象とする訪問診療施設の不足、在支診の増加だけでなく、地域の主治医となる診療所の役割の拡大や連携が必要、といったご意見がございます。

また、その下、在宅側からは、急変、病状変化時の受け入れについては、上から急変時に、まず受け入れてほしい、認知症患者の受け入れには消極的、紹介元の病院が入院加療が必要となった際に受け入れない、空床があるにもかかわらず、救急受け入れを断られることがある、といったご意見がございました。

また、右側、在宅移行・退院支援は、急性期病院からいきなり在宅医療へつなげられると在宅医も患者も疲弊する、退院前カンファレンスを積極的に開催してほしい、との回答がございました。

また、1枚おめくりいただきまして、資料5の18ページ、区中央部の課題の整理という題名のものをごらんください。

こちらについては、調整会議における意見から、地域の課題を整理したのですが、こちら下のほう、調整会議での意見をごらんいただきまして、左側の欄について、一つ目のポチ、独居の患者だと帰ろうと思っても帰れない場合がある。結果、近くに慢性期病院がないため、他県等に流出している。

また、一番右側の欄をごらんいただきまして、四つ目のポチ、大きな病院でも、ある科に紹介して、他の疾患が見つかり、他の院内の先生を紹介され、結局、紹介した在宅医のところに戻ってこない。また、その下のポチ、退院調整部門が、地元に戻すことを目標にして、もともと送ってきた先生のところに戻す仕組みが必要、といったご意見をいただいております。

また、資料1枚おめくりいただきまして、資料5の19ページ、こちらについては、今、ご説明いたしました各構想区域の調整会議の議論や検討状況をまとめたものになります。19ページから23ページまで続いておりますので、また後ほどごらんいただければと思います。

また、最後のページ、24ページでございますが、こちら議論、検討状況を踏まえまして、各構想区域の主な課題を整理したものといたしますので、また、ご確認いただきますようお願いいたします。

別にダブルクリックで別とじになっております、参考資料の内容についてという表紙がついてある資料をごらんください。

こちら参考資料一式についてでございますが、地域医療構想調整会議では、圏域ごとのあるいは、区市町村ごとの在宅に関する詳細なデータが欲しいとのご要望を多数いただきました。このため、今回、厚生労働省が公表しておりますデータ等を整理いたしまして、地域ごと、区市町村ごとにまとめた資料をご用意いたしました。このほか、各区市町村や、関係団体の取り組み状況、先ほどご説明したアンケート調査や、医療機能実態調査等の結果をおつけしております。こちら資料については、事前に送付させていただいておりますので、各資料の詳細な説明が省略させていただきますが、今、ご説明いたしました参考資料の一番上につけております、参考資料の内容についてというものが、参考資料の内容を簡単にまとめた内容となりますので、ご確認ください。

資料が大変多く、恐縮ではございますが、各資料、病院や地域における意見や課題、区市町村の取り組み状況、医療機関の状況等を取りまとめたものとなりますので、適宜

ご参照いただきながら、意見交換を進めていただければと存じます。

事務局より、各資料の説明に関しては、以上となります。

- 加賀座長 資料の説明どうもありがとうございました。私たち、この区中央部というのは、ご承知のとおり、2025年の首都圏の東京都から発表されました、二次医療圏、高度急性期病棟、それから急性期病棟に千葉県、埼玉県からどんどん患者さんがいらっしゃる。その後、慢性期回復病棟の患者さんをどうするか、というところの地域の非常に特殊性がある区中央部というところになります。そんな中でそこから在宅医療を行っていくところで、きょうは、初めての会でもありますので、現状の課題とか、共有、認識を図ることを大きな目的としておりますので、何かを決めたりする、結論を決めたりする会ではございませんので、さまざまな立場からご意見をいただければと存じております。

それでは、きょう、意見交換のテーマの一つとしまして、在宅医療に関する地域の現状、課題等についての意見交換をしたいと思っております。こちらから、何かご意見がございましたら、挙手をお願いしたいんですけど、なければ指名をして大体ふだん在宅をやっている先生方からも屈託のあるご意見を聞きたいと思っておりますので、まず、高野先生、千代田区の在宅を専門にやってらっしゃいますので、何かご意見があったら教えてください。

- 高野委員 では、お手元の参考資料1の14ページをごらんください。

各区市の状況で、患者住所地ベースと医療機関所在ベースについて、それぞれの訪問診療を行っている患者さんの人数のうち、どのぐらいの割合が区外の先生が診ているか、その区外の先生が診ている人数はどういう人数か、ということを具体的に表にさせていただいています。

千代田区の場合、訪問診療、これは居宅ですけれども、区内の先生が診ている患者さんが1,172名、区外の先生が診ている患者さんが1,337と、実に区外の先生は53%の患者さんを区外の先生が診ていると、これは2013年の数字ですが、これは2015年になりますと、もっとふえまして、実に75%の患者さんが区外の先生が診ているという状況になっています。どんどんこれはふえています。例えば、この真ん中ほどの区西部の先生が523人診ていることになっていると、この年は。これは、45%に当たります。具体的には、これは、10年ほど前から千代田区医師会では問題にしていたんですが、かかりつけの千代田区医師会会員の先生が、私ども医師会の基幹病院に、急性期の患者さんを紹介、入院させて治療していただきましたと。その患者さんが退院するころになると、例えば、新宿から介護事業所のケアマネジャーが、訪問看護ステーションの所長がじかに病院のICUとかに見舞いに来まして、その患者さんを新宿区の限りなく特別な関係にある大手の訪問診療専門のクリニックに連携して渡してしまうと。ですから、区内の患者さんがなぜ区外の先生が診るんだということが、当初から問題となってきましたが、それがますます極端になってきているという問題がございます。

それで、その結果、この地域医療構想で2025年に新たなサービスの必要量という資料4の②ですね。14ページをごらんください。2025年千代田区では、新たなサービス必要量、訪問診療は、2です。これは、2名、1日時です。1日に2名ふえるという読み方ではなくて、2名しかふえない。つまり、現状でも将来でも、訪問診療が過量であります。医療過剰です。ですので、この状況をぜひ区中央部の先生方には、共有していただきたいと思っております。

以上です。

- 加賀座長 どうもありがとうございました。小玉さん、今、千代田区で私たちの神田医

師会、それから千代田区医師会で往診をしているんですけど、私たち神田医師会というのは、かかりつけの患者さんが外来に来られなくなって、そして在宅に行くというような形で、往診をしているような、在宅医療をしているところが多いんですね。千代田区は、在宅をやっている先生が少なく、専門にやったりする高野先生ともう1件ぐらいあったんですけど。在宅専門にやっているところですよ。そうですね。どうしても、私たちは、医療も、介護も福祉も千代田区でできることは、千代田区でということやってきたんですけど、退院のときにそういったケアマネジャーさんたちが、一つのセットでぼんと持ってきちゃうと、高野先生方たちが、面倒を見ていただけるような形というのがあるんですけど、これは、どういうふうこれから千代田区としては、地域の中で診ていくには、どのようにして解決をしていったらよろしいでしょうか。

○小玉委員 千代田区の在宅支援課長の小玉と申します。

今、加賀先生からお話ございました、今後、区として在宅支援をどのように進めていくかということかと思えます。今、そんなわけで、地区の医師会の先生方と、あるいはケアマネジャーの皆様、それから千代田区では、地域包括支援センターで安心センターというところがございます。そういったところと連携を図りながら、今、進めているところです。あと、区内に在宅ケア拠点ということで、今、私、在宅支援課というところなんですけれども、かがやきプラザというところに、今、おりまして、そこに九段坂病院さんに入らせていただいております。その、九段坂病院さんとも連携を図りながら、今後は進めていくというところで担っていくのかなというふうに考えております。

○加賀座長 きょう、九段坂病院の先生もいらっしゃっているんですけど、やはり九段坂病院さんが千代田区の中心的な在宅医療の拠点病院として、これから活躍していただけたらと思っております。九段坂病院さんは、整形外科が専門の病院なので、訪問のリハビリですね、それを中心に千代田区は九段坂病院の先生方にいろいろ頼んでやっております。

すみません、港区の安田先生、何か在宅でご意見何かあったら頂戴したいんですけど、いかがでしょうか。

○安田委員 港区は、やはり特殊な地域なのかもしれないんですけども、急性期の病院がどうしても多いですので、入院のときは結構診てもらえることが多いんですけども、退院のときにやはり慢性期がないので、そこからなかなか帰ってくるときに、あと、在宅もまだ医師会でいろいろ一所懸命チームをつくらうと思ってやっているんですけども、まだ統一されてないので、難しいところです。

後、どうしても、港区は、どんどんどんどん子供の人口もふえたりとか、人口がすごくふえているところでして、それに伴って高齢者の方もどんどんふえてはいるんですけど、ちょっと特殊な呼び寄せ高齢者という、いわゆる呼び寄せ高齢者ですね。地方から急に連れられて来るコミュニティーに港区からずっとはえぬきで育てないような高齢の方とかが多くて、コミュニティーに属せなくて、結構それで孤立している独居の方がすごく多いというイメージがあります。

以上です。

○加賀座長 港区の藤田さんですか。いかがでしょうか。今、先生がおっしゃった、高度急性期の慈恵医大とか幾つか大きな病院がありますが、その辺との在宅医との連携でしようか。そういったところはうまく、退院支援とか行われているのでしょうか。

○藤田委員 港区の保健福祉課で地域包括ケアを担当している藤田と申します。

地域包括ケアシステムの取り組みの中で、いわゆる在宅医療、療養の連携窓口というのを、今年の9月に港区は開設をいたしました。ただ、まだ試行的にしております。退

院調整や病院から在宅に戻ってくるというところの窓口を開けてからのさまざまな、今、相談を受けて、傾向をつかもうと、検証していこうという取り組みを、今、しているところです。また、安田先生もおっしゃいましたが、港区の、今、人口が約25万人、高齢化率17.2%ぐらいですが、向こう数年で高齢化率は下がるんですが、人口はふえてファミリー層もふえる。でも、高齢者数はふえるというところの構造が推計で出ておりました、なかなか高齢者が多い、今、区の政策はどうしても子供のほうにいていませうけれども、地域包括支援センターの機能強化もあわせて、区内の大きな病院たくさんありますが、そことの連携もまだ模索中というような、そのような感じでございます。

○加賀座長 では、比較的、うまく在宅の先生方と病院の連携がうまくいっているというところでしょうか。

○藤田委員 すみません、その点ですが、窓口を開設いたしまして、窓口で起きていることを港区の三師会の先生方と検証するような会議体を立ち上げまして、実態を把握しながらと、あと、また三師会の先生方と大きな病院との意見交換の場もこれから設定をするようなことも検討しているようなところでございます。

○加賀座長 ありがとうございます。

台東区は、1,900人の方に訪問診察をしているんですけど、桑原先生はいらっしゃいますか。結構在宅の先生たちがいらっちゃって、うまくそういった地域で在宅医療はできていますでしょうか。

○桑原委員 比較的、在宅に対しては、積極的に取り組んでいる地域だとは思われます。そして、毎年、在宅医療を考える会というのをやっておりまして、ちょうど会員に向けアンケートを行って、退院支援をしている病院との連携のことを、今回の秋に題材にして会議を開きました。そのときに、まず、在宅を行っている会員のほうのクリニックのほうの先生たちの意見からは、やはり紹介元に戻ってこない。Aという病院に紹介し、Aの科が変わっただけ、もしくはAという病院からBという病院に移ったところで、もろどこから紹介されたかがわからなくなってきて、戻ってこない、ということも言われていました。

それから、病院側からすると、じゃあ、かかりつけ医がわからなくなったときに、どういうところ、どういうところなら診てもらえるのか、というのがまだはっきりしない。というような、連携の仕方が、不十分なのではないか。情報の発信のあり方を、考えたほうがよいのではないか、というような意見がそれぞれ出ました。

あと、自分で経験することであれば、高度急性期病院、要するに私たちの住んでいる場所は、とても近いので、区内の病院以外から、もしくは、区内の病院以外へ紹介することは多々あると思うんですけども、そういうところが、やはりここにはもうないね、やることもないので、おうちに帰りなさい、というときに、かかりつけ医の相談がなく、病院、病院で例えば話が進んでしまって、たまたま患者からこういうことになったので家に帰ってきました。今後は、緩和になります、というような事後報告が出たりということも経験しておりますので、そこら辺の連携の仕方には、まだ工夫しなければならないのではないかな、と思うところがあると思われま。

○加賀座長 そうですね。私たちの千代田区の三井記念病院、結構台東区の方が随分いらっちゃって、永寿総合病院とか、いろいろ連携なさっているんですけど、やはりケアマネジャーさんがコーディネートしていただけるので、確かに紹介した病院から、今度は退院のときに、今度は全然違うところに行っちゃったりする、そういったことは、やっぱり医者同士がその病院と話し合いをするのがいいのか、やっぱりケアマネジャーさんが必ずつきますので、そういう方たちと相談するのがいいのか、その辺はこれから

台東区の小澤さんはどうでしょうか。退院支援というんでしょうかね。

○小澤委員 台東区の健康課の小澤と申します。

今、桑原先生がご説明いただいたように、台東区実態はそういう状況でございます。まだまだ、いろんな取り組みは進めているところですけど、まだまだ課題は山積しているという状況でございます。

実は、今回、台東区で、健康関係の計画をつくる際に、医療機関さんのほうにもいろいろアンケートをとらせていただいて、実は、区民の方にもアンケートをとらせていただいたときに、区民の方のアンケートでは、やはり半数以上の方が在宅での医療を望んでいらっしゃるというところがございましたが、なかなか実態は、家庭の事情等もあって、気兼ねというか、実際は在宅の医療には、結びつかないのではないかとアンケートを答えた方も多くいらっしゃいました。

一方、医療機関の先生方のアンケートの中でもやはり半数近くの方が、実際の日常の診療活動が忙しい等の理由で、やはりなかなか在宅のほうにまで対応することがやはり難しいというふうな調査結果もございまして、これから、今、お話しいただいた中で、どういう形でその在宅療養のネットワークというか、そういったものをつくっていくかということについては、ほかの中央医療圏のほうからのほかの区さんと同様に、まだまだ解決しなければならない課題が山積しているというふうな状況だというふうに認識しております。

○加賀座長 ありがとうございます。

私たち、在宅で一番大切なのは、最近思うんですけど、口腔ケアなんですね。しっかり患者さんの口腔ケアができていないか、ということがすごく大切なので、千代田区歯科医師会の副会長の依田先生、口腔ケアに関して、これから在宅のほうで、歯科の先生たちも積極的にやっていただけると、そういったあれはありますでしょうか。

○依田委員 それは、もう十二分に用意というか、会員の中では実習をしたりして、いつでもできるようにして、各病院で院内に訪問診療行きますよ、ということ案内しているんですけども、なかなかもう少し浸透していないということと、どうでしょう、ご家族の方が少し遠慮しているとか、先生たちに来てもらうのは悪いとか、そういうことで、実際になかなか会のほうにも依頼が今のところは少ないというのが現状です。

会としては、近くに連雀という高齢施設があるので、そこへ必ず年に一度、検診に行ったりして、口腔清掃などをその職員の方に、なるべく一生懸命やってもらうようにお話をしているような状態です。

以上です。

○加賀座長 東京都の方にお話ししたいんですけど、やっぱり歯科の先生たちのこれから在宅における往診、これは、東京都としても方向等はどうでしょうか。

○矢澤医療政策担当部長 かなり前から、東京都としては、歯科医師会の先生方に在宅というお話をしているところですけど、やはり、器具の問題ですとか、時間の問題、それから、今、ちょっと在宅専門の歯科医師というものでできている状況の中で、すぐに診てくださるといふ利点があるというところで、そちらに行く患者さんも多いというふうな伺っています。

ただ、一方かかりつけの歯科医院の先生方は、やっぱりさっきおっしゃったように、セルフケア、虫歯にならない、というところのケアからを、進めていただきたいというふうに引き続きお願いしたいというふうに思っております。

○加賀座長 はい、わかりました。あとは、今度は薬剤師の代表の一瀬さんですか。やっぱり、訪問でいろいろ、今、在宅の薬剤師さんにしていただいているんですけど、残薬

とか、そういったこともこれからかなり問題になってくると思うんですけど、薬剤師さんのほうの会とかこれからの見込みや取組についていかがでしょうか。

○一瀬委員 薬剤師会の一瀬でございます。

私、文京区で開局しているんですけども、在宅、大分ふえてまいりました。ただし、まだ在宅をやっている薬局、受け入れている薬局が大体、例えば文京区の場合ですと、薬局が120件ぐらいあるうちの、一応在宅をやりますというふうに言っている薬局が、大体30件ぐらいなんです。まず、それを各全部の薬局がちゃんと在宅ができるようにというふうなことで、今、東京都薬剤師会が、中心になりまして、各地区でそういう薬局をふやすように頑張っているところでございます。その中に、東京都のほうから、健康情報拠点事業というものをやっていただいています。それは、医師会から看護協会とかケアマネジャーの協会、それから訪問看護ステーションの方々と、各地区で薬剤師会が中心になって、そういう在宅に必要な患者さんをケアマネジャーさんとか、訪問看護の方からご紹介いただいて、今まで在宅をやっていない薬局を訪問で服薬指導するようにという事業を、今、各地区でやっております。もう5年ぐらいで数は非常に多く各区やっておりますので、そういうことで、薬局を充実させたいと思っています。

先ほど、資料の4で見ますと、これからたくさん、例えば文京区だと2,465名ぐらいの訪問診療ということになりますと、現在薬局で割ってみますと、30人から40人ぐらい訪問をしなければ、もし全部お薬を全部薬局でやるようになりますので、これは大変な数になりますので、薬局のほうの整備を、今、一生懸命やっているところでございます。

○加賀座長 ありがとうございます。

私たちは、いつも訪問看護の方には、大変お世話になっているんですけど、最近そろそろオーバードーズになっているような感じはするんですけど、看護協会のほうでは訪問の数ですか、どんどん今、ふえているような感じがするんですけど、どんな感じでしょうか、看護師さんのほうからは。

○柳橋委員 看護協会の中部地区の柳橋と申しますけれども、訪問看護は、訪問看護協会を別に東京都で持っておられまして、そこにたくさんステーションができていますけれども、この後は、それぞれ小さいステーションから、割と基板の大きなステーションとかさまざま、あと私どもの病院にもステーションがあるんですけども、いろんな設立の、あと、医師会の先生方のステーションもあったりしてしますので、そのあたりの意見交換をしながら、両方の協会が一緒になってネットワークを広げていこうというふうなところに、今、きております。なので、この後は、もう少し、起業されるステーションがあらわれるのではないかと思いますけれども、いろんなところのバックアップがないとなかなか経営が難しいという現状もございます。

○加賀座長 ありがとうございます。

また、先生、医師会のほうとして、代表として、まず千代田区は、他種職の方たちと年に1回ですけど、今年で20回になりますけど、140人ぐらいですかね。この間11月にも会やりましたが、やはり他種職の方たちといろんなネットワークをつくって、その患者さんたちと情報を共有していくようなことで、今、ICT、ICTと言っているんですけど、この中央ブロックというのは、非常に狭いエリアというんでしょうか、例えば、武蔵野とか、ああいう地域によって、この会議では、必ず、地域によって特性がありますので、特にこの区中央部というのは、電話をすれば20分、30分ですぐ皆さんが集まるような地区なんです。ですから、その区によって、在宅のこれからの取組みというんでしょうか、これがあると思うんですけど、医師会のほうを代表しまし

て坂本先生はどうでしょうか。千代田区の中でも、先生は病院のほうに、勤務なさっているんですけど、先生のところは地域包括ケア病棟ございますし、そういった対応というののもいつもしていただいているんですけど。

○坂本委員 神田医師会の理事をしています、杏雲堂病院の副委員長の坂本と申しますが、この神田医師会の中で、地域包括ケア病棟をもっているのは、杏雲堂病院、三楽病院でございますけれども、その診療所と病院の病診連携がかなりうまくいっていると思います。診療所から、かかりつけの患者さんが何かあって急変した場合には、すぐに受け入れるような体制をもっております。トータルで……。

○加賀座長 トータルでそのぐらいあります。三楽病院、それから三井記念病院は、レスパイトありますし、それから九段坂病院も。高橋さん、九段坂病院は、60床。40床でしたか。40床ですよ。ですから、我々千代田区というのは非常に恵まれていて、我々在宅医やっていますが、例えば、急変したり、肺炎起こしたりなんかするときには、すぐどこの病院でも引き受けていただけるというので、区中央部の中でも、とてもうまくいっているんじゃないかと思っております。

港区は、大きな病院というのは、慈恵とかそういった地域包括ケア病棟みたいなのは、あるんですか、幾つか。

○安田委員 地域包括ケア病棟は、今、東京高輪病院さんと北里研究所病院さん、あと、古川橋病院さんの三つでそれぞれ50床ぐらい、そのぐらいの規模であります。

○加賀座長 じゃあ、その在宅やって、何かあったときには、すぐ……。

○安田委員 そうですね。今、包括ケアシステムをうまく使って、今、医師会では、港区は地区を5地区に分けているんですけども、一つの担当エリアというかという感じで、それぞれリーダー医師を二人ずつおいて、10人リーダー医師というのをつくって、なるべく毎月なんですけど、会合をするようにして、地域の問題点を持ち寄って、入院のときには、同じようなシステムで、地域包括ケア病棟を使うという会をいろいろやって、顔見知りになって、仲はいいんですけど、実績は上がってないという。ただ、仲がいいだけというだけで、まだ実績まで入っておりません。

○加賀座長 ありがとうございます。東京としてはどうでしょうか。我々区中央部の特徴というんでしょうか。東京都全体を見まして、私たちの区の中央部の在宅の医療に関して、何か、もっとこうしたらいいよとか、何かご意見がありますでしょうか。

○久村地域医療担当課長 今、お話伺っていますと、区の中での連携というのとはとれているよというふうなお話だったかと思えます。ただ、これがもう少し広域になった場合に、どういうふうな連携が今後取れていくのかなというところも含めて、病診連携も含めて考えていかなければいけないのかなとは思っております。

○加賀座長 在宅医療の究極のテーマというのは、在宅での看取りということが一番のテーマだと思うんですけど、この間の資料によりますと、区中央部は、比較的在宅の看取りの率が多いというふうな気がしたんですけど、そこに資料ありましたか。看取りの数が多いような気がしましたけど。

○久村地域医療担当課長 参考資料の4ページのほうで、区中央部における看取りの実施件数というところは、あと見えてまいります。在宅医療に関するデータ一覧の4ページのところに、区域別の看取りの実施件数ということで、数字を記載してございます。

○加賀座長 分母が非常に少ないので、区中央部というのは、その割には、多分多いような感じがいたします。

あと何かご意見がありますでしょうか。特にありませんか。それでは、何かお気づきの点があったら、また次の意見交換の時間がありますので、またご発言していただきま

す。では、次のテーマに言ってよろしいでしょうか。

それでは、地域と病院の、今も少しお話をしたんですけど、地域と病院の連携について、そして入退院時の連携、急変時の病変のときの受け入れですね。後方支援病床、とありますが、先ほどの東京都からの説明の中でも、いずれの構想区域からも退院支援において、地域と病院の連携の重要性ですね。それから、地域と病院の相互理解の必要性など、在宅療養に関するいろんなご意見があれば、ここで挙げられたいと思いますので、本件、地域における取り組みとか、そういった課題について、また少し時間をいただいでご意見を伺いたいと思います。今、病院の代表の先生にも少しお話をしましたけど、どうですかね。九段坂病院の中井先生は、ちょっと何かご意見があったら教えてください。

○中井委員 私ども、地域包括ケア病棟を42床と、回復期リハ病棟を42床持っています。先ほどお話があったように、かがやきプラザと併設になっておりまして、そういう地域連携に関しては、ここに傍聴している高橋というのが、常に区との連携を図っていて、医師会の先生方とは、もちろん我々は前々から連携は強いんですけど、実際の地域の在宅リハとか、私どもが、在宅療養というか訪問診療までしたり、訪問看護までするところまでは、病院の存在というのがやっぱり開業の先生の圧迫にもなると思いますので、控えているというところがあるんですけど。後方支援とか、ぜひとも全面的に協力したいと思っております。

○加賀座長 ありがとうございます。いつも、ありがとうございます。

聖路加病院の岡田先生、何か中央区のほうで、そういった医師会との在宅の先生との連携というのは、いかがでしょうか。

○岡田委員 中央区も人口増という形で港区さんと一緒のような形で、恐らく高齢者の呼び寄せというのも起こってくるんだろうなと想像しているんですけども、やっぱり急性期病院としては、地域ケアを支えるために急性期の医療の実践とともに、急増する高齢者の救急医療だとか、入院のニーズというのに対応していかなければと思っております。やっぱり急性期をやっている中で、今のところでも、今、現状でもベッドが満床というのが、実際問題としてあります。やっぱり、中央区内にも地域包括ケア病床というのは、現在のところないので、かなり遠方のところに転院を調整するなんていうようなことも多々ございます。その一方で、中央区で在宅療養支援病床というのを確保していただいているんですけども、そういったものが我々のところにまず情報として、あまり入ってこないというのと、あと、そういったものがどう使われているのか、というのが、現状として我々わからないので、もしお願いするということにも、選択肢がないんです。やっぱり、そういう病床というのが、ベッドというのは、すごく今後大事になってきて、貴重なものなのであいているということではいけないですし、やっぱり使われているということはすごく大事だと思うんですね。使われているということでしたら、患者さんのためになった、もしくは、現場の看護婦さん、お医者さんのためになったというようなところで、しっかりとした後方病床がどう使われたかという、みんなが幸せに、ハッピーにつかされたというような、アウトカムというのを出していけば、おのずといいものになってくるのではないかなと、現在ちょっとそれがまだ見えないという、現状を感じております。

あと、もう一方、現場で抱えているものとしては、電子カルテを使ってかなり情報というのは、急性期の内容としては持っているんですけども、いざ、在宅ということになった場合に、電子カルテ内に、往診を受けている患者さんだということのがわからないですね。テキストベースではあるんですけど、それを抽出できない、またケアマネの方

が、患者さんがどこのケアマネとつながっているかというのも実際わからない。そういう電子カルテの整備なんかも必要だとは思いますが、何分電子カルテ、高いので、その辺の補助何かをいただくと、各急性期病院しっかり情報をとって、開業医の先生、在宅の先生と連携が取れるのかなというふうに想像しております。

○加賀座長 ありがとうございます。確かに中央区医師会、日本橋医師会の、医師会の先生方と、そういった会議みたいのはありますか。医師会同士の先生方との、交流の情報交換会みたいな退院支援のことにに関して何か、こういった会みたいのはあるんでしょうか。中央区は。

○岡田委員 それほど、まだ実績ベースではないんですけど、この間、ケアマネさんと呼んでという会はやらせていただきました。それとともに、木村先生なんかと、地域医療支援病院というところでの、医師会さんとのやりとりというのはあるんですけども、ただ在宅にフォーカスを当ててというのは、現在のところまだできてないかなという。

○加賀座長 ありがとうございます。

山本先生、港区では、高輪病院では、どういうふうな後方支援の取組を在宅に向けて行っておられますか。

○山本委員 高輪病院の山本でございます。

私どものところは、地域包括ケア病棟を、約50床ほど持っていて、これで、約1年半、2年近くになると思うんですけど、最初はほとんど、急性期からの入院という形だったんですけども、今は、急性期からと、あとは、在宅の先生からレスパイト的な感じで使っていただいたり、あるいは、近隣の大きな病院のほうからの退院前のワンステップという形で使っていただけるようになってきました。最初のほうは、やはり、包括ケア病棟は持っているんですけども、なかなか認知度が低くて、すぐニーズがあるのかなと思っていたんですけども、私どもで、みんなで、徐々に広めていこう、私も出向いたりしまして、いろいろ先生方に知っていただいてという形で、今、何とか、在宅のバックアップというのが、何とか少しずつできるようになってきたのではないのかなと、今、考えております。

以上です。

○加賀座長 ありがとうございます。

じゃあ、東京の健生病院ですか。東京健生病院の山崎先生、先生のところはこういった体制でやってらっしゃいますでしょうか。

○山崎委員 当院は、地域包括病棟が35床で、回復期が27床、ちょっと少ないんですけども、療養病床が64床で、やっています。文京区のほうは大きな病院が多くて、中小病院が二つぐらいしかないの、特殊な状況なのかなと思うんですけども、恐らく慢性期の患者さんは、区外に結構流失しているのではないかなというふうに思います。

当院の、地域包括病棟の運用は、現在は、大病院からのワンクッションで地域に帰すという役割は一定果たしているのかなというふうに思うんですが、現実的には、結構満床が続く状況がありますので、どちらかというとき急変のときに、在宅の患者さんを受け入れるのがなかなか難しくなっている状況があります。自院でも在宅を行っているんですけども、今後は地域のバックベッドになれるような運用もしていきたいと思っているんですけども、今、言ったように、病床数が少ないのと、なかなか急な受け入れが難しいというのが現状かなというふうに思います。

また、医師会の先生方とは、仲よくしていただいているんですが、まだそちらの急なところの連携がまだ不十分なので、これから、協力して、お役に立てればいいなというふうに思っています。

○加賀座長 ありがとうございます。

台東病院の杉田先生。台東区では、どんな感じで在宅の先生方との連携をなさっているのでしょうか。

○杉田委員 当院は、120床のケアミックス病院で、病床は小さいんですけども、台東区内には、四つの一般病床をもつ病院がありまして、その病院同士で、定期的に、病院長が集まって情報交換をしたりして、できるだけ区内の連携がよくなるように、病病連携もよくなるようにしております。

その中で、やはり在宅の患者さんをお受けするときに、入院時に患者さんの情報があつたほうが、スムーズな退院支援ができるということで、今年度から、台東区と両医師会のリードで、入退院時共通情報連携シートというのをつくっていただいて、ケアマネさんが情報を入れたものを、入院時に持ってきていただくという運用が始まりまして、それなりに、今、運用が進んでおりまして、急性期病院としては非常に情報入手に助かっている、という面があります。もともと、当院が在宅医療支援病院で、もう一つ在宅医療後方支援病院もあつたりということで、在宅の患者さんの受け入れを頑張っているんですけども、何せ病床が少なく、高度急性期がないものですから、かなり他区、特に文京区の病院の先生には、ご迷惑をかけているのかなとは思ってはおりますが、そういうところも含めまして、各病院が、今、在宅支援に力を入れようということで連携しているような状況です。

○加賀座長 ありがとうございます。

大御所の佐々木先生。ちょっと意見を。

○佐々木委員 私、オブザーバーで参加させていただいておりますけれども、この地域医療構想調整会議全体の座長をさせていただいております。

今、いろいろな意見が出ていたんですけども、やはり、先ほどお話があつたように、狭い地域では、うまく連携が取れつつあると。ただ、区中央部というのは、大病院がありますので、他地域との連携をどうしていくかということが必要になってくるのだらうと思います。今、おっしゃつたような、退院時連携シートというのは、ケアマネさんが入りますので、在宅に戻るときにはいいんですけども、病院から、病院に戻るとき情報のつながりというのは消えてしまうんですね。そこには、ケアマネは入りませんし、ですので、今後、病院間転院するときの、共通の情報のシートとか、フォーマット何かがあるといいのかなと思って聞いておりました。結局、紹介元から大病院に入って、急性期を過ぎて、そのまま戻ればいいんですけど、戻れないということもままあると。そのときに、全体を誰がどうやって見通すことができるのかというシステムの構築というのが、必要なのかなというふうに思います。

今、東京都医師会でも総合医療ネットワークというのをつくっていますので、これから、それが進んでいけば、病院間の情報交換というのは、進んでいくんだらうと思いますけども、これに今度、在宅医のほうが入れませんので、今度、病院と在宅医の情報共有をどうしていくのかとかいうのを考えながら、進めていったほうがいいのかというふうに思います。

○加賀座長 ありがとうございます。

永寿総合病院の崎原先生、何かご意見がございましたら教えていただきたいんです。

○崎原委員 今、台東区内のことはいろいろな先生がおっしゃっていただいたので、おわかりだと思っております。台東区は野中先生の時代からですから、約20年ぐらい前から、在宅医療を考える会ということをやっておりますし、東京都の病診連携のモデル事業も、病診ですから、病院と診療所のですかね、そういったことをやっております、

そういう点では、台東区は伝統があるんじゃないかと思っています。

私どもの、一つの特徴としては、緩和ケア病棟というのがございまして、これは、18床ですか。緩和ケアございまして、その緩和ケアを在宅ですかね。なるだけおうちに戻すというような形での努力はやっておりますので、そこら辺が、うちの病院の特徴かなと思います。

台東区は、今、いろんな先生が言われましたように、周辺に非常に大病院が多いので、急性期につきましては、多分区民の皆様は、そんなに不自由なさってないと思っております。それから、在宅のほうにまいりましては、両医師会と浅草両医師会ございまして、非常に一生懸命やってくださっているんですけど、患者さんをそちらのほうに戻すということにつきましては、多少、理解を得られないところもちょっとあるかと思いますが、今、うちにMSWを一生懸命教育しております、やはり、MSWの役割というのが、非常に大きいかなというふうに感じております。

以上です。

○加賀座長 ありがとうございます。

やはり、在宅医療生活における円滑な移行、促進、受け入れについて、いろんな地域でいろんなことをやっていると思うんですけど、千代田区を代表して、高橋さんいろいろいつもやっていただいているんですけど、退院した後のうまくケアマネさんとの移行というんですかね、その努力しているようなところを教えてくださいんですけど。

○高橋委員 済みません。九段坂病院の連携室におります高橋と申します。日ごろの退院支援のところでは、先ほどお話がありました、ケアマネさんからの情報提供用紙というのも、当院も他区から来る方がいらっしゃいますので、その情報を生かすということも時々できております。

また、病院の中では、退院支援についてのフローシート等も活用しておりますので、その中で、退院前カンファレンスを適宜行うということは、千代田区だけではなく、他の患者さんたちもかなり流入がありますので、いろんな区の方たちの退院支援の取り組み等は行っております。

あとは、顔の見える関係づくりというところでは、ケアマネさんであるとか、他の病院の方々、退院支援にかかわる方たち、連携実務者の方たちと集まっての会というものも定期的に行ったりということで、交流を図るようなことはしております。そのぐらいでよろしいでしょうか。

○加賀座長 ありがとうございます。

私たち在宅をやっている、一番ポイントは、急変時ですね、急変したときに、各病院さんが、どの程度受け入れていただいているかというところで、いつも、ドキドキしながら往診したりなんかしているんですけど、やっぱり港区とか、台東区でもその受け入れ態勢というのは、すごくしっかりしていただいていますか。鈴木先生は、受け入れ態勢、救急のときは。

○鈴木委員 一応、病床確保の事業がありますので、それをやっていただいているのと、あと、台東病院が在宅支援病院になっておりますので、そういう役割はしていただいていると思います。

○加賀座長 文京区のほうでは、受け入れ態勢というのは、どうでしょうか。

○加勢田委員 文京区医師会の加勢田でございます。

うちの区は、大学病院が四つ、都立病院も一つという大きな、また高度先進医療する病院はあって、急性期こちらから、ご紹介したときに、受けていただくことはあるんですけど、いざ、在宅のときの急変というのは、なかなか満床で受けてもらえないという、

事実があるのも確かです。それから、先ほど、健生病院の先生もおっしゃったように、地域包括ケア病床というのが、大病院に比べて非常に少ないために、在宅をしている患者さんを受け入れ先というのは、他区の病院にお願いしたりというので、ちょっとそこらあたりが困るということが一つ。

それから、大病院を退院される時というのは、やはり、いろんな医療的処置をもった方が帰られることが多いんです。我々医師会の中では、高齢の先生方がいらしたりして、いろんな処置をすることに対して、消極的になったりという問題もあるので、そのアドバイス等も今後していただければ、もっと在宅を充実させていけるのかなと思っております。

○加賀座長 ありがとうございます。

どうぞ、佐々木先生お願いします。

○佐々木委員 一つ言い忘れたんですけど、台東区では、中核病院である永寿総合病院が在宅後方支援病院としての受け入れ体制をとっていて、登録医を登録して、登録医からの患者さんと、定期的に情報共有をして、何か在宅であったときには、それを受け入れると。もし受け入れられないときには、永寿総合病院が責任をもって、その受け入れ先を探してくれると。ただ、今のところ十分受け入れ態勢はできているということになっているようです。

○加賀座長 ありがとうございます。

大体、病院の先生方のご意見を聞いたんですけど、何かまたどうしても何か一言言いたいという方いらっしゃいますでしょうか。東京都のほうでは何か。いいですか。

ちょっと時間早いんですけど、いろんな活発なご意見ありがとうございました。私たち在宅医というのは、もう24時間365日つながれて十何年もやっているんですけど、ただ、やはり一生懸命やっていると、トラブルというのがまずないんです。私たち、神田医師会というのは、2代目、3代目が多くて、在宅支援診療所が大体7カ所ぐらいあります。やっぱり在宅というのは、昔から、うちの父の時代から、名前は在宅ではなくて、ただ往診とって、昔からやっている、そういった神田の地域でやっているんですけど、例えば、夜中に亡くなった患者さんが、先生起こすの悪かったから、朝電話したよ、こういったような感じがありますので、在宅というのは、やはり、その患者さんとの、一生懸命やることによって、必ずうまくいくのではないかなと思っています。そこには、しっかりした後方支援病院があるので、この区中央部というのは、東京都の中でも非常に恵まれた地域ではないかと思っています。

やはり、これからは、どんどんどんどん在宅のほうに移行してくると思うんですけど、それなりに他種職の方たちと、これは、我々医者一人では、絶対できないことであって、皆さんとの連携です。これは、もう連携があるのみなので、そういった情報の会を多く設けたり、いろいろしながらやっていきたいと思っていますけど、最後に東京都のほうから、一言何か意見がございましたら、お願いいたします。

○矢澤医療政策担当部長 活発なご意見をありがとうございました。きょういただいた意見をまとめてみたいと思います。

まず、前半のところでお話しいただいた中では、かかりつけ医から急性期の病院に行くと、その先、いった先が分からなくなるのと、それから、在宅に戻っているのに、違うほうに戻ってしまっているということがあって、紹介元に戻ってこない、あるいは病院から病院へいってしまうと、もうそこには先に情報が取れないというようなご意見がありました。

一方、病診連携はむしろうまくいっていると、急変は、すぐ受けてくださるところも

多くあるし、それぞれにシステムをつくっていただいて、地域の中での急変の受け入れとか、退院の支援というところは、今、うまくいっていると。

今後、その何が問題かというところ、やっぱり大きな病院というか、ちょっと距離が離れたところだったり、もっと大きな高度急性期の病院がぼんと返すときに、どうなのかというところで、連携の仕組みといったものが、最もこの地域では、今、重要な課題になってきているのかなということで、コンパクトにまとまっているところはいいけれど、というその先がもう少ししっかり連携ができればいいのかなということで、お話を承ったように思います。

これは、東京全体の課題でもございますので、私どもも引き続き検討してまいりたいと思います。ありがとうございます。

あとは、事務連絡。

- 久村地域医療担当課長 活発なご意見、いろいろありがとうございます。そういったご意見、今回の議論の内容につきましては、本会議の親会議でございます、地域医療構想調整会議のほうに報告させていただくとともに、東京都全体の在宅の取り組みの方向性等を検討いたします、東京都在宅療養推進会議にも報告させていただきまして、今後の都における在宅医療の取り組みの参考にさせていただきたいというふうに考えております。

また、本日ご参加いただいていない医療機関、あるいは、関係団体等についてもこの本ワーキングの資料、それから検討内容については、情報提供いたしまして、地域で共有していきたいというふうに考えておりますので、よろしく願いいたします。

最後に、事務連絡でございますが、議事録につきまして、本ワーキング公開でございまして、議事録につきましては、後日、東京都福祉保健局のホームページに掲載させていただきます。公開された議事録につきまして、修正等が必要な場合には、東京都のほうまで、ご連絡をいただければというふうに思います。

それでは、以上をもちまして、在宅療養ワーキングを終了とさせていただきます。

本日は、まことにありがとうございます。